الفصل الثالث والثلاثون

المناحى النفسية لتدبر الألم المزمن

Chronic Pain : Psychological appoaches to mangement

شيرلى بيرس   جويس مايز

Shirley Pearce and Joyce Mays

الفصل الثالث والثلاثون
المناحى النفسية لتدبر الألم المزمن

شيرلي بيرس   جويس مايز
Shirley Pearce and Joyce Mays

مقدمة

يعد تدبر الألم المزمن أحد أكبر التحديات الأكثر صعوبة التى تواجه المهنيين فى مجال الرعاية الصحية . فبينما تستجيب الكثير من نوبات الألم الحاد للتدخلات الطبية النمطية ، وتحل بنجاح لدى الكثير من المرضى . إلا أن الألم قد يصبح مزمنا وغير مستجيب لأيه وسيلة مفردة من وسائل العلاج . ومع مقاومة حالة الألم يصبح المرضى يائسين من الشفاء ، وهو الأمر الذى يؤدى إلى زيادة كبيرة في مخاطر التعقيدات الطبية المنشأ . ولايمكن تقدير تكلفة الألم المزمن من منظور معاناة المرضى فقط ، بل من منظور العوامل الاجتماعية الاقتصادية أيضا ، التى تتضمن نقص الأداء الوظيفى ، والمشكلات العائلية المصاحبة ، ونفقات الرعاية الصحية المتزايدة (Strenbach , 1986) .

وقد أصبح من المقبول الآن تماما النظر إلى الألم باعتباره ظاهرة متعددة الأبعاد ، يتضمن مكونات حسية ووجدانية ودافعية ومعرفية . ويحتمل أن تصبح المدخلات المؤله أقل أهمية فى التأثير على المعاناة وسلوك الألم عندما يصبح الألم مقاوما ، بينما تظل المجالات الأخرى أكثر سيطرة .

وقد تطور تدبر الألم المزمن أساسا فى ضوء علاقته بنمو الوعى أن الألم المزمن لايستجيب للعلاجات أحادية البعد ، وأنه يستمر نتيجة لعوامل متعددة . واستجابة لهذا الوعى نشأت مجموعة متنوعة من المناحى العلاجية سيتم وصفها فى هذا الفصل إلى جانب تلخيص للوضع الراهن لنتائج البحوث فى هذا المجال . ولن نحاول تقديم مراجعة شاملة لنتائج التراث البحثى ، طالما أن العديد من المراجعات لهذا المجال متاحة بالفعل (Genson et al ., 1991 ; Latimer , 1982 ; Linton , 1982 ; Pearce , 1983 ; Turner and Chapman , 1982 , a ; b) . كما لن نصف أساليب مثل الاسترخاء والعائد البيولوجى والتى تستخدم على نطاق واسع فى مجالات أخرى ، والتى غطيت فى أجزاء أخرى من هذا المجلد بالتفصيل . وسيمنح الاهتمام الأكبر لوصف مناحى مثل التدبر التوافقى(1) والتدخل المعرفى والتى تتضمن تطبيقاتها فى مجال الألم المزمن مشكلات مختلفة عن تلك التى توجد فى المجالات الأخرى لعلم النفس الإكلينيكى . وسيتم تصنيف الأساليب النفسية فى الفئات التى تتعلق أوليا بالمكونات السلوكية والمعرفية والفسيولوجية للألم على الترتيب . وسيتم أخيرا تقديم الخطوط العريضة للمشكلات المنهجية التى

(1) Contingency mangement .

تحد من الاستخلاصات الخاصة بقوة وطبيعة العلاقة بين استراتيجيات التغلب والتوافق لدى مرضى الألم المزمن .

تعديل سلوكيات الألم

اشتق التطور الذى حدث فى مناحى التدبر التوافقى لعلاج الألم المزمن من وجهة نظر فورديس Fordyce عن الألم المزمن باعتباره مشكلة سلوكية أساساً ويرى فورديس أن سلوك الألم قد يستمر فى بعض الحالات بدرجة كبيرة نتيجةلمترتباته التدعيميه ، وليس نتيجة للعمليات الفسيولوجية الكامنة . ويستخدم الآن على نطاق واسع تعبير سلوكيات الألم للإشارة إلى كل من الاستجابات المتُعلمة وغير المتعلمة والاستجابات التشريطية الفعالة (١) والتى تعزى إلى سلوك الألم المزمن وتشكله . ومن بين المتغيرات البيئية ذات العلاقة التى دائما ماتناقش والتى يمكن أن تقوى من المرض :١) تدعيم الآخرين ذوى الأهمية لدى المريض لسلوك الألم. ٢) سلوك التجنب فى صورة الحد من الممارسات والعمل وحتى الانشطة اليومية الروتينية . ٣) التقاضى ونظم حماية الدخل (أى الدخل المرافق لحالة العجز). ٤) التعطل أو الفشل فى العودة إلى العمل الذى يلى العلاج أو الشفاء . وقد يتدعم سلوك الألم إما ايجابيًا من خلال العوامل الاجتماعية مثل اهتمام ورعايه أفراد الأسرة على سبيل المثال ، أو سلبيا من خلال تجنب المسئوليات أو عدم الرغبة فى تحملها على سبيل المثال . وتهدف برامج التعلم الإشراطى الفعال إلى زيادة تكرار السلوك الحسن والإقلال من سلوك الألم ، ولايعد خفض حدة الألم من الأهداف . وبصفة عامة يفسر للمريض ، فى الممارسة الإكلينيكية ، أن البرنامج لايهدف إلى إزالة الألم ولكنه يهدف بالأحرى إلى المساعدة فى التغلب عليه بصورة أفضل ، وأن يواصل المرضى الأنشطة العادية بالرغم منه . وهناك فرض كامن وراء ذلك هو أنه ما أن يصبح المريض نشطا مرة أخرى ومنخرطا فى أنشطة مشتتة للألم بقدر أكبر حتى يتناقص الإنتباه لإحساسات الألم ، وبالتالى تنقص شدة الألم . ويصف فوردايس Fordyce (1976) بالتفصيل الأسلوب الذى يتبع لتحقيق هذه الأهداف . ويتلخص ذلك فى إلحاق المرضى ببرامج متخصصة لفترات تتراوح بين أسبوعين وستة أسابيع . لايعير الفريق المعالج خلالها أى انتباه لسلوك الألم أو المطالب الخاصة بالمسكنات ، ولكنه يوفر قدراً هاما من الدعم الاجتماعى للسلوكيات الحسنة المستهدفة . وقد طورت برامج علاج طبيعى لزيادة مستوى أنشطة المريض ، ويتحدد مقدار التمرينات اليومية على أساس مستويات التحمل الأساسية للمرضى . ويتزايد مقدار النشاط يومًا بعد يوم إلى أن يصبح المريض قادرا على تحقيق مستوى يزيد عما بدأ به ، ويتم تسجيل التقدم بيانيا مع تحقيق زيادة فى اهتمام فريق العلاج ، أو فى الأحداث المرغوبة التى تتوافق مع الاستكمال الناجح لمقدار النشاط اليومى المحدد .

وهناك بعض الدعم لفكرة أن سلوكيات الألم ومستويات النشاط لدى مرضى الألم المزمن يمكن التحكم فيها ، من خلال تبديل التدعيمات التوافقية بهذه الطريقة . وقدم ماك آرثر وزملاؤه Mc Arthur et al . (1987) مراجعة لبعض البحوث التى تناولت تأثير مستوى الأنشطة الخاصة بالدعم الاجتماعى المتوافق . وعادة مايلحق المرضى ببرامج تدبر سلوك الألم ، ويسلكون من خلال تيسيرات العلاج داخل المستشفى لمدة قصيرة (أربعة إلى ستة أسابيع على سبيل المثال) ، ويمكن لمثل هذه البرامج أن تؤدى إلى نتائج درامية ، غير أنها كثيرا ماتفشل فى تحقيق قدر ملائم من الاستمرار خلال مرحلة المتابعة (Keefe

(1) Operant responses .

(and Gill , 1985 . وقد يوحى ذلك أنه علي الرغم من أن مستويات النشاط يمكن تبديلها من خلال المعالجة البيئية ، فإن أى منحى علاجى يعتمد فقط على هذا الأسلوب يحتمل أن يتضمن مشكلات جوهرية تتعلق بعمومية نتائجه خارج نطاق البيئة العلاجية.

ويعد خفض مستويات تعاطى العقاقير هدفاً هاماً كذلك لبرامج التشريط الفعال . ويتم ذلك من خلال تحديد المتطلبات الأولية من العقاقير من خلال وضع المريض على قائمة تشريط فعال حرة لأيام قليلة فور دخوله المستشفى ويقدم مقدار العقاقير المطلوبة للمريض فى محلول ذى نكهة قوية يدعى كوكتيل (خليط) الألم (١) لايستطيع المريض أن يعرف من شكله أو مذاقه مقدار قوة المزيج ، ويقدم كوكتيل الألم فى وقت محدد ، وليس فى وقت متوافق مع الألم ، ويحصل عليه المريض كل أربع ساعات سواء كان يعانى من الألم أم لا ، وعندما يرفضه فعليه أن ينتظر حتى وقت الجرعة التالية . وبهذه الطريقة يتم كسر العلاقة بين الألم والدواء . وتنقص المكونات الفعالة فى كوكتيل الألم تديجياً ، حيث يصبح مع وقت خروج المريض من المستشفى محتوياً على العناصر غير الفعالة فقط .

المنهج المتعدد

أصبحت برامج العلاج داخل المستشفى منتشرة فى الولايات المتحدة منذ هذة الدراسة المبكرة التى فحصت أساليب الإشراط الفعال ، وامتدت متجاوزه الاعتماد على أساليب التدبر التوافقى وزيادة النشاط لتتضمن مجموعة من العلاجات النفسية مثال ذلك العلاج الجمعى والعائد البيولوجى وميكانيكية الجسم والتدريب على الاسترخاء والتعلم .

وعادة مايختلط تقييم هذه البرامج بتضمين مجموعة من المكونات العلاجية بالبرامج التشريطية الفعالة ، وأحد أمثله مثل هذه الدراسات الخاصة بنتائج مثل هذا الأسلوب المتعدد قدمها سيرز ونيومان (Seres and Newman (1976 وقد وصفا تحسن مئة مريض فى برنامج علاجى يتضمن تشريطا فعالا مع علاج طبيعى ، وميكانيكية الجسم ، وعائد بيولوجى ، وتدريب على الاسترخاء ، وتعليم . وبالرغم من نتائجهما الإيجابية فإن دراسة غير مضبوطة من هذا النوع توفر معلومات قليلة حول الفعالية النسبية لأى من مكوناتها . وبالرغم من قيام الدراسات الأكثر حداثة على برامج ومتابعة مضبوطة وأساليب تقييم مقبولة فإنها مازالت تعكس مشكلات مشابهة متأصلة فى البرامج متعددة الأساليب . مثال ذلك أن ماك آرثر وزملاؤه (Mc Arthur et al . (1987 قدموا متابعة لعينة كبيرة من مرضى آلام أسفل الظهر المزمنة منذ دخولهم المستشفى وحتى علاجهم ببرامج متعددة وخلال فترة المتابعة الأولية الممتدة لستة أشهر وحتى خمس سنوات من العلاج ، وقد تحققت النتائج المطلوبة عند العديد من المستجيبين ولوحظت درجة جيدة من الاستقرار على الكثير من المقاييس . وتضمنت الأساليب العلاجية المستخدمة فى البرامج عائداً بيولوجيا ، وعلاجا نفسيا قائما على الإعزاء ، وتحكماً فى خفض الدواء ، وإعادة تشريط بدنى ، وإرشادا مهنيا ، وعروضاً تعليمية ، وعلاجاً استجماميا ، وتدريباً على التوكيدية .

قضايا التصميمات التجريبية

عزل المتغيرات الفعالة

من الواضح أن هناك تحدياً للباحثين فى الكثير من الأساليب العلاجيه أن يقوموا بعزل تلك المتغيرات التى قد تكون الأكثر تاثيرا . وقد قام ساندرز (Sanders (1983 بإحدى مثل هذه المحاولات

(1) Pain Cocktail .

حيث استخدم تحليل المكونات لبرنامج علاج بالإشراط الفعال ، وتصميما لدراسة حالة فردية ذات نقاط أساس متعددة للمقارنة بين الاسترخاء ، وبرنامجًا للأنشطة الفعالة ، والتوكيدية ، وتحليلا وظيفيا للألم . واستخدمت فى الدراسه مقاييس للوقت المنقضى ، وتقارير الألم ، واستهلاك العقاقير لتقييم التغير . وقد أظهرت النتائج أن الاسترخاء كان صاحب الإسهام الأكبر فى التحسن الكلى يليه برنامج الأنشطة التشريطية الفعالة . ويرى جنسن وزملاؤه (Jensen et al . (1991 فى مراجعة نقدية شاملة أن ندرة التصميمات التجريبية السليمة التى يمكن استخدامها ببراعة كبيرة جزئيا كتلك التصميمات الخاصة بالحالة الفردية هى التى يمكن أن توفر بيانات تلائم بصورة فريدة فهم عمليات التغلب الفردية عبر الوقت . وقد قدم تيرنر وتشابمان (Turner and Chapman (1982b ولنتون Linton وكيرنزوتيرك Kerns) (and Turk 1983 وليتمر (Laitimer (1982 مراجعة للدراسات الأخرى التى حاولت تقييم أساليب الإشراط الفعال .

المجموعات الضابطة :

بالإضافة إلى مشكلة المكونات المتعددة ، استخدم عدد قليل من الدراسات مجموعات ضابطة لاتتلقى علاجها . وكانت دراسة روبرتس ورينهارت (Roberts and Reinhardt (1980 من بين الدراسات المبكرة التى استخدمت مجموعة من نوع ما للمقارنة . وقد قارنا تحسن ثلاث مجموعات من المرضى : الأولى مجموعة من قبلوا فى برنامج للإشراط الفعال ، والثانية ممن رفضوا العلاج ، والثالثة هم من استبعدوا من العلاج . ومن الواضح أن هذه المجموعات لاتقبل المقارنة فيما بينها ، ومن غير المثير للدهشة أن نجد أن أداء مجموعة العلاج كان أفضل من المجموعتين الأخرتين على مقاييس التوافق ، ومقاييس متابعة الوضع المهنى ، كما أظهروا أيضا انخفاضا كبيرا فى تقاريرهم الذاتية حول تعاطى الأدويه وتقديراتهم لتدخل الألم فى أنشطتهم .

واستخدم جوك وزملاؤه (Guck et al . (1985 فى فترة أحدث مقارنة مع مجموعة لم تتلق علاجا بعد فحص المرضى في برنامج علاج من الألم داخل المستشفى ، وكان أفراد مجموعة المقارنة قد قبلوا فى برنامج العلاج دون أن تتوفر لهم القدره المالية أو الغطاء التأمينى لبدء علاجهم . واعتبر ٦٠ فى المئه من مجموعة العلاج ناجحين وفق محك روبرتس ورينهارت ، وفى المقابل لم يحقق أى من أفراد مجموعة المقارنة هذا المحك . وبينما كان أفراد مجموعة المقارنة فى دراسة جوك Guck يظهرون تحسنا أفضل من أفراد المجموعة المرفوضة إلا أنه تظل هناك فروقا فى الوضع الاجتماعى الاقتصادى والعمر بين مجموعتى العلاج واللاعلاج والتى يمكن إدعاء أنها تدحض النتائج . وبالمثل قارن ديردوف وزملاؤه (Deardoff et al . (1991 بين مرضى للألم المزمن عولجو من خلال برنامج شامل متعدد النظم للألم وبين مجموعة من المرضى قبلو فى البرنامج ولم يعالجوا نتيجة لعدم توفر تأمين العلاج ، وأجريت المقارنات للتقييم على امتداد فترة متابعة امتدت لأحد عشر شهرا تالية فى المتوسط . وأظهرت مجموعتا العلاج واللاعلاج انخفاضا جوهريا فى التقديرات الذاتية للألم خلال فترات التقييم والمتابعة الطويلة ومدى تدخله فى أوجه النشاط . وعلى الرغم من ذلك أظهرت مجموعة العلاج وحدها انخفاضا فى استخدام أدوية الادمان وزيادة فى الأداء الوظيفى . وكانت معدلات العودة للعمل بين مجموعة العلاج ٤٨ فى المئة ، مع ٢٨ فى المئة إضافية للمرضى الذين عادوا للتأهيل المهنى ، ولم يعد مريض واحد من مجموعة اللاعلاج للعمل أو للتأهيل المهنى .

مجموعات مقارنة بديلة

بينما الاتجاه السائد فى الولايات المتحدة هو للعلاج أثناء الإقامة بالمستشفى ، فإن برامج العلاج فى المملكه المتحدة تعكس فروقا أساسية فى مجال الرعاية الصحية إذ يعزى إلى الموارد والإمكانات المحدودة المتاحة للأخصائيين النفسيين فيها صعوبة تطوير منحى متسق للعلاج . وقد أدى ذلك فى بعض الحالات إلى العلاج الخارجى للمرضى وقد قيم سكينر وزملاؤه (1990) . Skinner et al العلاج السلوكى المعرفى لمرضى الألم المزمن الخارجيين وذكروا أن البرنامج الذى شغل فتره مابعد الظهيرة مرة واحدة فى الأسبوع لمده ثمانية أسابيع وتم بواسطة فريق متعدد النظم ، هدف إلى زيادة مهارات المرضى للتغلب على الألم المزمن ومترتباته الاجتماعية والانفعالية والفيزيقية ، وأن نتائجه تكافئ مع ماتوصلت إليه الدراسات فى الولايات المتحدة مع المرضى الذين يظهرون زيادة فى النشاط وتحسنا فى الحالة المزاجية ، وزيادة فى مهارات التغلب ، ونقص فى استخدام العقاقير وفى الإعاقة البدنية من خلال تقييم علي امتداد فترة متابعة امتدت لشهر واحد . وفى متابعة امتدت لفترة أطول لهذه الدراسة ، تضمن برنامج العلاج الخارجى لمرضى الألم المزمن ، مقارنة اضافية لبرنامج علاجى جماعى ببرنامج علاجى فردى لمرضى خارجيين فى محاولة لعزل المتغيرات التى يمكن أن يعزى إليها النجاح فى هذا البرنامج .

والواقع أن مواقف العلاج الخارجية قد تكون لها بعض المزايا مقارنة بالبرامج التى تتم داخل المستشفى ، والتى مازالت مفضلة حاليا فى الولايات المتحدة من حيث إنها قد تتغلب جزئيا على بعض المشكلات المتعلقه بتعميم النتائج . فبينما قد تؤدى البرامج التى تجرى داخل المستشفى إلى نتائج مثيرة على المدى القريب ، إلا أن التحسن لايستمر دائما عندما يعود المريض إلى بيئة حياته اليومية حيث تظل الأسرة والتدعيمات الاجتماعية متعلقة .

وتعنى برامج العلاج الخارجية من ناحية أخرى أن المرضى يجب أن يتعاملوا مع الصعوبات اليومية فى بيئتهم الطبيعية أثناء وجودهم فى البرنامج . وقد يساعد التدعيم خلال مثل هذه البرامج على بدء ومواصلة التغيرات فى ديناميات الأسرة والمجتمع بالإضافة إلى الأنشطة اليومية وهو مايمكن أن يساعد على كسر أنماط التدعيمات السلبية والإيجابيه لسلوك الألم . وقد امتدت هذه الوجهة من النظر إلى البرامج التى تجرى فى البيت . وتجرى المقارنة حاليا فى الولايات المتحدة بين مزايا البرامج المنزلية وبرامج المرضى الخارجيين . وقد قارن كوت وزملاؤه (1990) . Cott et al بين مرضى أكملوا برنامجا متعدد النظم للمرضى الخارجيين بمجموعة تلقت « تدبرا ميدانيا » (١) بالإضافة إلى ذلك . والتدبر الميدانى من خلال استخدام مرشدين ميدانيين مدربين عبارة عن آليه (ميكانيزم) يتم من خلالها تطبيق تدخلات متعددة النظم فى مواقف غير مؤسسية (٢). ويأتى المرشدون الميدانيون من خلفيات تطبيقية متنوعة مثل علم النفس والتعليم ، والتمريض ، والتربية البدنيه ويدربهم أخصائيون نفسيون سلوكيون على مبادئ التحليل السلوكى الموضوعى ، والمفاهيم التأهيلية السلوكية والمعرفية المعيارية ، ونموذج التمييز بين المرض والعلة (٣).

وتتضمن الزيارات الميدانية لمنازل المرضى فى دراسة كوت وزملائه (1990) . Cott et al أنشطة تهدف لتقييم وتعديل الإمكانات الوظيفية ، واللياقة العامة ، وسلوك المرض ، كما تتم أيضا ملاحظة

(1) Field management .
(2) Non - institutional .
(3) Disease - illness distinction model .

استجابات المريض للألم ، واستجابات الأفراد المهمين للمريض فى العائلة لسلوك المرض . ولهذه الملاحظات السلوكية التى تتم فى البيت وموقع العمل أو أيهما قيمة لتحديد : أ) المستوى الحقيقى للأداء . ب) الدرجة التى تتشكل بها البيئة المنزلية لتشجيع العجز (مثال ذلك من يقوم بالأعمال المنزلية). جـ) الدرجة التى يكون بها أى قصور فى النشاط دالة للبيئة كما يتضح من التباين بين مدى أو طبيعة الأنشطة التى تؤدى فى البيت مقابل تلك التى تلاحظ فى العيادة أو موقع العمل . وبهذه الطريقة صمم برنامج علاجى مفصل باستخدام الاستراتيجيات القائمه على التعليم ، والتى تهدف إلى تحديد وتعديل التوافقات البيئيه المتعلقة والمكونات المعرفية غير التوافقية التى تؤدى إلى استمرار سلوك الألم لدى المريض .

وقد أظهرت نتائج مجموعة من مرضى التدبر الميدانى أن ٤٨ فى المئة حققوا نتائج ناجحة تحددت من خلال .

أ) العودة إلى العمل ب) انخفاض التقصير فى العمل والنشاط وأنشطة الحياة اليومية . وذلك مقارنة بنتائج ناجحة لـ ٦١ فى المئة من أولئك الذين أكملوا برنامجا علاجيا للمرضى الخارجيين . وقد قدم كورى وزملاؤه (1987) . Corey et al نتائج مشابهة باستخدام تدبر منزلى ، وحيث حقق ٦٩,٤ فى المئه أداء متحسنا ومستمرا خلال مرحلة متابعة امتدت لثلاثة عشر شهرا فى المتوسط .

الأساليب المعرفية :

لاستخدام استراتيجيات التغلب المعرفية للتأثير على معاناة الألم تاريخ طويل ، ويشير تعبير معرفى إلى أنها أساليب تؤثر فى الألم من خلال وسيط هو تفكير الشخص ، وهي تتميز عن الأساليب السلوكية التى تؤدى إلى تعديل السلوك الظاهر وعن التدخل الفيزيقى . وتتضمن الأحداث المعرفيه التى تعدل : عمليات الانتباه لدى الفرد ، والصور الذهنية أو التقارير الذاتية أو كليهما معا .

وقد توصل فيرنانديز وتيرك (Fernandez and Turk(1989 من دراسة شاملة لهما إلي أن عدم اتساق المفاهيم المستخدمة مثّل صعوبة كبرى فى مراجعتهما للتراث ، حيث يستخدم العديد من المؤلفين تعبيرات مختلفة لما هو من الواضح أنه الاستراتيجية نفسها . ويريان أنه بينما يتعين أن تعمل التصنيفات الأولية التى طورت لاستراتيجيات التغلب بوصفها نقاط انطلاق ، إلا أنها ذاتية وعرضة لعدم الاتفاق بما يجعلها بوجه عام غير مفيدة .

ويفضل فيرنانديز وتيرك تطوير الفئات التى سبق أن طورها واك ويترك (Wack and Turk 1984) باستخدام الأسلوب الإحصائى للأوزان المتعددة الأبعاد (١) لتطوير تصنيف مشتق تجريبيا للاستراتيجيات المعرفية ثم استخدام تحليل التجمعات (٢) بعد ذلك لتحديد ثمانية فئات لاستراتيجيات التغلب أطلق عليها الآتى :

١ – الصور الذهنية السارة .

٢ – النشاط الإيقاعى المعرفى .

٣ – التركيز الخارجى للانتباه .

٤ – تقدير الألم .

---

(1) Multidimensional Scaling .
(2) Cluster analysis .

٥ – التغلب الدرامى .

٦ – التخيل المحايد .

٧ – النشاط التنفسى .

٨ – النشاط السلوكى .

وإستعاد واك وتيرك (Wack and Turk (1984 فى دراسة تالية لهما هذه النتائج على مجموعة أخرى من المفحوصين . وقد استخدمت الفئات الستة الأولى لتصنيف الاستراتيجيات المعرفية ، حيث تتعلق الفئتان الأخيرتان بأساليب غير معرفية .

وقد صنفت الاستراتيجيات التى تتعلق باعادة توجيه الانتباه بعيدا عن المنبهات ، مثال ذلك النظر إلى مشاهد طبيعية أو مشاهدة التليفزيون ، باعتبارها تركيز خارجى للانتباه . والاستراتيجيات التى تتضمن تخيلا لكيفيات سواء كانت سارة أو غير سارة ، مثال ذلك تخيل الاستماع إلى محاضرة، باعتبارها تخيلا محايدا . والاستراتيجيات التى تتضمن أنساق درامية الطابع للسياق الذى يحدث فيه الألم، مثال ذلك تخيل تزايد الألم من جرح تعرض له الشخص فى مباراة لكره القدم ، صنفت على أنها تغلب درامى . وتلك التى تتضمن أنشطة ذات طبيعة تكرارية ونظامية ، مثال ذلك العد العكسى من ١٠٠ نزولا بثلاثة أرقام فى كل مرة ، صنفت على أنها نشاط معرفى إيقاعى . والاستراتيجيات التى تتضمن إعادة تقييم المنبه المؤلم بتعبيرات حسية موضوعية ، مثال ذلك التركيز على الاحساس بالتبلد المرتبط بالأذى الذى حدثه الماء البارد ، على أنه تقدير للألم . وتتضمن الفئة الاخيرة للخيالات السارة تلك الاستراتيجيات التى تتضمن تخيل بعض المشاهد أو الأحداث السارة مثل الجلوس بطريقة مريحة والإنصات إلى الموسيقى .

ويذكر فيرنانديز وتيرك فى تقييمها لكفاءة مثل هذه الاستراتيجيات المعرفيه للتغلب أن التحليل البعدى (١) لواحد وخمسين بحثا متعلقة يكشف أن ٨٥ فى المئة من البحوث أوضح أن الاستراتيجيات المعرفية كان لها تأثير إيجابى على تحمل الألم وعتبته أو الإقلال من تقديرات الألم مقارنة بالمجموعات الضابطه التى لم تتلق علاجا . كما أشارا أيضا إلى أن المجموعات الضابطة فى الكثير من هذه الدراسات لم تمنع من الاستخدام التلقائى لمثل هذه الاستراتيجيات . وقد وجدا بالإضافة إلى ذلك أن الاستراتيجيات المعرفيه وفرت ميزه جوهرية تتجاوز المتوقع (باستخدام العقاقير الزائفه (٢)) لدى العينات الضابطة . وبالنسبة للفروق النسبية بين كل أسلوب وآخر ، فبينما كانت كل فئة على حدة من فئات الاستراتيجيات تضعف من الألم بقدر جوهرى ، كانت الاستراتيجيات التخيلية أكثر ميلاً لأن تكون الأكثر تأثيرا ، بينما كانت الاستراتيجيات التى تتضمن مكونات معرفية تكرارية أو تقديرا للإحساسات المتعلقة بالألم هى الأقل تأثيرا.

ويتعين الإشاره إلى أن غالبية الدراسات التى اعتمدت عليها هذه النتائج تتعلق على نطاق واسع بالألم الحاد المستحدث فى المواقف المعمليه . وبينما لايقلل ذلك من فائدة الفئات التصنفية ، ولا من فائدة الاستراتيجيات المستخدمة مع مرضى الألم المزمن ، إلا أنه يتعين الحرص فى الاستنباط المباشر من هذه النتائج .

(1) Meta analysis .
(2) Placebo,.

ومن المعتقد أن فائدة الاستراتيجيات المعرفيه فى تحسين تاثير الالم يمكن تفسيره نظريا بمفاهيم نماذج العمليات المعرفية . مثال ذلك أن نماذج إمكانات الانتباه المحدود (١) التى اقترحها برودبنت Broadbent (1958) وشيفرين وشنيدر Shiffrin and Schneider (1977) وترايزمان Triesman (1964) توفر تفسيرا جديرا بالنظر للنتائج . وترى هذه النماذج أن الانتباه محدود من حيث الإمكانيه ، وإزاء مجموعة المنبهات المتنافسه يصبح الانتباه انتخابيًا من خلال تصفية أو استبعاد جزء من المعلومات الواردة .

ويقبل المرضى فى الممارسة الإكلينيكية التفسيرات التى تقوم على نماذج الانتباه ، والتى توفر مبررا للحاجة إلى تعلم الاستراتيجيات المعرفية ، وحيث يمكن النظر إلى استراتيجيات التغلب المعرفية باعتبارها تمس عن قرب مقدار الانتباه المتاح للألم ، بمعنى أن التشتت يحل بديلا عن تداول عمليات الألم، وبالتالى يخفض من الألم المدرك . ويحتمل أنه تفسر الكفاءة الفارقة لانماط الاستراتيجيات كما أوضحها فيرنانديز وتيرك بمفاهيم الانتباه أيضا . مثال ذلك انه وجد أن استراتيجيات التخيل تتفوق على تقدير الألم وقد يكون ذلك نتيجه لأنها تؤدى إلى قدر كبير من التشتت بعيدا عن احساسات الألم . وبالمثل ربما تكون عدم كفايه النشاط المعرفى الايقاعى راجعة لطبيعته التكرارية الرتيبة والتى لاتعد مثالية لجذب الانتباه .

وقد يصاحب عمليات الانتباه هذه أيضاً أنماط فريدة للنشاط الفسيولوجى . ويرى ميلزاك ووال Melzack and Wall (1982) أن الانتباه يمارس تأثيره المعدل للألم من خلال خفض التأثيرات اللحائيه على « بوابه » (٢) المسارات الخلفيه للعمود الفقرى (٣) ويشير أشتيربرج Achterberg (1984) إلى أن المراكز المخيه العليا تنشط خلال التخيل . ويرى فيرنانديز وتيرك أن هذه المراكز يمكن أن تمارس بدورها تاثيرات على « البوابه » عندما تستخدم هذه الاستراتيجيات اثناء الألم .

الأساليب المعرفية لتدبر التوتر

ظل التوتر يعد تاريخيا إما بمثابه حدث يتطلب توافق ، كأن يكون أحد أحداث الحياة الهامة ، أو بمثابة استجابة داخلية لدى الفرد ، مثل زياده معدل ضربات القلب او ضغط الدم . وقام لازاروس وفولكمان Lazarus and Folkman (1984) فى فتره أحدث بصياغة لمفهوم التوتر باعتباره يتضمن علاقه أو تداخلا بين الأحداث البيئية والاستجابات الفردية . وقد قُبلت هذه النظره العريضة للتوتر على نطاق واسع لأنها تجمع بين العوامل المتعددة التى يعتقد الان أنها تؤثر فى العمليات الخاصة بالتوتر .

ويرتبط التوتر بالألم المزمن بعدد من الطرق . أولا أوضح الباحثون وجود علاقة جوهرية بين معاناة التوتر وكل من الاحداث والظروف المؤلمة ، مثال ذلك أن الألم عرف فى إحدى الدراسات بواسطه ٣٥ فى المئه من افراد عينه من المتطوعين سحبت من المجتمع ممن يعانون من الأم اسفل الظهر باعتباره أكثر الجوانب المثيره للتوتر فى حياتهم . وبالمثل فإن بعض أكثر المترتبات شيوعا للألم المزمن مثل فقد الدخل ، والصعوبات الزواجيه هى مما يمكن النظر إليه فى حد ذاته باعتباره مصدر توتر جوهرى .

وقد استخدم عدد متزايد من الباحثين نماذج للتوتر والتغلب للمساعده على تفسير الفروق فى التوافق التى وجدت بين مرضى الألم المزمن . وعلى الرغم من بدء ظهور بعض النتائج الأوليه المتسقه ،

---

(1) Limited - Capicity models of attention .
(2) Gate .
(3) Dorsal horns of the Spinal Cord .

مثال ذلك أن المرضى الذين يعتقدون أنهم يستطيعون التحكم فى ألمهم ، والذين يتجنبون اعتبار حالتهم مفجعة ، وأولئك الذين يعتقدون أنهم غير معاقين بدرجة حادة يبدو أداؤهم أفضل من أولئك الذين لايفعلون شيئا من ذلك (Tenson , 1991) .

وتتضمن أساليب تدبر التوتر تعليم المريض كيفية تحديد ومراقبة الاستجابات المعرفية للمواقف المثيرة للتوتر ثم تطوير بدائل لاستجابات بناءة بقدر أكبر . وقد قارن هولرويد وزملاؤه . Holroyd et al) 1977 (بين التدبر المعرفى للتوتر وبين العائد البيولوجى لدى مجموعة من الأفراد وبين مجموعة أخرى من المسجلين على قائمة انتظار لمرضى يعانون من توتر الصداع . وقد وجدوا أن التدبر المعرفى للتوتر أكثر فعالية من العائد البيولوجى فى خفض تكرار حدوث الصداع وفترة دوامه . وطالما أن العائد البيولوجى مقبول بصفة عامة باعتباره طريقة فعالة فى حالات توتر الصداع ، فيتعين اعتبار هذه النتيجة دعم قوى لتأثير التدبر المعرفى للتوتر . وبالرغم من ذلك لم يجد هولرويد وأندراسيك (Holroyd and Andrasik 1987) فرقا بين مجموعات تلقت :

(أ) تدبر معرفى فقط للتوتر . (ب) تدبر معرفى للتوتر وتدريب على الاسترخاء أو (جـ) مجموعة ضابطة ناقشت الصداع . وقد انخفضت الأنشطة المتعلقة بالصداع جوهريا لدى كل المجموعات ، بينما لم تظهر مجموعة قامت بملاحظة الأعراض مثل هذا الانخفاض . ويفسر هولرويد وأندراسيك التحسن الذى حدث فى مجموعة مناقشة الصداع على أنه حدث نتيجة تغيرات معرفية مشابهة على الرغم من نقص التدريب المعرفى النشط .

ولسوء الحظ ، لايمكن تأكيد أودحض مثل هذا الاستخلاص ، طالما أن الاستجابات المعرفية للأحداث المثيرة للتوتر لم يتم تقديرها . وقد يكون التفسير البديل هو أن المجموعات الثلاثة استجابت جميعها لمكون عام غير محدد فى أساليب العلاج الثلاثة – مثال ذلك استثارة التوقعات المتعلقه بالتحسن . وقد قدم ميتشل ووايت (Mitchell and White (1977 محاولة للنظر عن قرب إلى المكونات النشطة للتدريب على التدبر المعرفى للتوتر فى الألم المزمن حيث قاما بتصميم يهدف لتفكيك العلاج المتاح على مراحل متتالية مع مجموعة صغيرة من مرضى الصداع النصفى مأخوذة من العينة الأصلية . وقد دعمت نتائجهما فكرة أن الانخفاض الأساسى فى مرات الصداع يحدث نتيجة للعلاج النشط أى الاسترخاء والتدبر المعرفى للتوتر وليس من المكونات الزائفة فى البرنامج .

الأساليب التي تستهدف إحداث تغيير نفسي

الاسترخاء والعائد البيولوجي

استخدم التدريب على الاسترخاء فى علاج الألم المزمن على نطاق واسع ، وهناك عدد من الأسباب تبرر لماذا يكون الاسترخاء مؤثراً فى خفض الألم : أولا قد يكون للتدريب على الاسترخاء تأثير عام على مستويات التوتر العضلى للجسم كله . ثانيا قد يرتبط الاسترخاء بخفض القلق ، وذلك فى الحاله: التى يمكن أن يدرك فيها الألم على أنه أقل حدة (Woodforde and Merskey , 1972). ثالثا تعمل إجراءات الاسترخاء فى حد ذاتها كمشتت للانتباه ، أى أن الانتباه إلى تمرينات الاسترخاء والصور العقلية المصاحبة له يمكن أن يخفض من الانتباه الذى يتجه إلى المدخلات الحسية غير السارة . رابعا أنه قد يعمل على زيادة التحكم الذاتى المدرك لدى المرضى لأنشطتهم الفسيولوجية وألمهم . وطالما تبين أن الاعتقاد فى تحكم الشخص فى الأحداث المؤلمة يزيد من القدرة على تحمل الألم ، يصبح للاسترخاء تأثير غير مباشر على تغيير مستوى التحكم المدرك .

وتشير الدراسات التى فحصت قيمة التدريب على الاسترخاء فى علاج توتر الصداع إلى نتائج مشجعة (مثال ذلك : Fichtler and Zimmerman , 1973 , Tasto and Hinkle , 1973 ; Warner and Lance , 1975) . على الرغم من ذلك فإن أغلب التقارير تصف نتائج لدراسات غير مضبوطة أو قصصية. وقام عدد من الدراسات بالمقارنة بين التدريب على الاسترخاء والعائد البيولوجى للرسام الكهربائى لانقباض العضلة [1] (Chesney and Shelton , 1976; Haynes and Griffin , 1975 ; Cox et al ., 1975) وأوضح أن كليهما أكثر تأثيرا مقارنة باللاعلاج للمجموعة الضابطة . وبالتالى يصبح من المنطقى استخلاص أن التدريب على الاسترخاء قد يكون علاجا مؤثرا لتوتر الصداع .

وتبرز صوره مشابهة لدور الاسترخاء فى علاج الصداع النصفى (مثال ذلك Andreycchuk and Skriver , 1977 ; Blanch ardet al ., 1978) ويتوفر قليل نسبيا من البحوث التى فحصت قيمته فى الحالات الأخرى للألم المزمن . ويصف جيزل والدرمان Gessel and Alderman (1971) دراسات حالة للتدريب على الاسترخاء لمرضى الاختلال الوظيفى لعضلة الوجه [2]. وعلى الرغم من تقديمهما لنتائج مشجعة إلا أن الدراسة ضعيفة منهجيا . وقد استخدمت تقديرات المعالجين للتحسن لتقييم النتائج ولم تتضمن الدراسة مجموعات ضابطة ولا معلومات حول المتابعة .

استخدم الاسترخاء أيضًا فى إطار أسلوب التسكين لعلاج عسر الطمث [3] (Tasto and Chesney , 1974 , Chesney and Tasto , 1975) . وقد ذكرت كلتا هاتين الدراستين انخفاضا فى أعراض الحيض تلت إجراءات التسكين . ويرى التقرير الثانى أن التسكين قد يكون أكثر فعالية بالنسبه للمريضات صاحبات عسر الطمث التشنجى [4] وليس الاحتقانى [5].

وقد أظهر العائد البيولوجى أيضًا أنه فعال بالنسبة لبعض المجموعات ومره أخرى على الرغم من أن طريقة تأثيره غير واضحة . وقد طبقت أربعة أساليب رئيسية للعائد البيولوجى لرسام المخ [6] بهدف حث حالة مشابهة للاسترخاء من خلال تدريب المرضى على زيادة نشاط موجات ألفا . وقد توصلت الدراسات التى فحصت قيمته فى علاج أنواع الصداع المختلفة إلى نتائج متضاربة . وقد أشار ميلزاك وبيرى Melzack and Perry (1975) لدراسه استخدمت العائد البيولوجى لرسام المخ لحالات أخرى غير الصداع على مجموعة مختلطة من مرضى الألم المزمن ، وذكرا أنهما وجدا أن التنويم بالمشاركة مع العائد البيولوجى فى صورة موجات ألفا أكثر تأثيرا من أى منهما على حدة . وقد لاتكون هذه النتائج المشتركة غير مثيرة للدهشة من حيث الوضع غير المؤكد للحالة النفسية المرتبطة بالزيادة فى نشاط موجات ألفا .

استخدم أيضًا العائد البيولوجى لرسام توتر العضلة على نطاق في حالات توتر الصداع فى ضوء افتراض أن الألم يتزايد نتيجة للمستويات المتزايدة لتوتر العضلات فى مقدمة الجبهة ، والعضلات الأخرى فى الرأس والرقبة . وعلى الرغم من أن عدداً كبيراً من الدراسات

(1) Electromyographic .
(2) Myofacial .
(3) Dysmenorrhoea .
(4) Spasmodic dysmenorrhoea .
(5) Congestive dysmenorrhoea .
(6) Electro encephalograph (EEG) .

(انظر : Turner and Chapman , 1982) أوضح أن العائد البيولوجى لتوتر العضلات فعال فى حالة توتر الصداع فقط ، إلا أن إحدى الدراسات ذكرت أنه قد يكون أكثر فعالية من التدريب على الاسترخاء بمفرده (Hutchings and Reinking , 1976) . وقدم تشابمان (1986) Chapman مراجعة جيدة للعائد البيولوجى للحرارة وتوتر العضلات فى الصداع المزمن .

وقدم لينتون (1982) Linton مراجعة للدراسات ، التى فحصت قيمة العائد البيولوجى لتوتر العضلات فى غير حالات الصداع (حالات آلام الظهر ، والألم الزائف للمفاصل والأطراف أساسا) وقد استخلص أن هذه الدراسات توضح بصفة عامة انخفاضًا فى تقديرات الألم والتوتر فى العضلات المستهدفة ، على الرغم من أن هذه الدراسات غير مضبوطة إلى حد كبير ، كما أن الدلالة الإكلينيكية لانخفاض الألم من غير الممكن تقديرها .

وكثيرا ماستخدم العائد البيولوجى لحرارة الجلد لحالات الصداع النصفى دون سواه بافتراض أن الزيادة فى تدفق الدم الطرفى (والذى يظهر مع حرارة الجلد) يرتبط بانخفاض النشاط الجمجمى السمبتاوى . وطالما يعتقد أن الصداع النصفى ناجم عن استجابية زائدة للأوعية الدموية ، فإن هذا الانخفاض فى النشاط الجمجمى السمبتاوى سيخفض من تكرار حدوث الصداع النصفى . ومازال هذا الفرض الأساسى مثله فى ذلك مثل دور مستويات التوتر العضلى فى إحداث توتر الصداع دون برهان ، على الرغم من أن عددا من الدراسات تبينت أن عائد درجة حرارة الجلد يمكن أن يكون مؤثرا Turin) and Johnson , 1976) وتبينت دراسات أخرى أن العائد الزائف يمكن أن يؤدى أيضًا إلى انخفاض فى مرات حدوث الصداع (Mullinix et al ., 1978) ويوحى ذلك أن العلاج قد يتضمن تأثيرا قويا غير محدد .

استخدمت طريقة أخرى لحالات الصداع النصفى وحدها وهى العائد البيولوجى لمقدار النبض . والفرض وراء ذلك هو أن تعلم المرضى تخفيض شدة نبضات الجمجمة (١) من خلال العائد البيولوجى سيؤدى إلى خفض إضافى فى الأوعية الجمجمية المتعددة وبالتالى سيقلل من حدوث الصداع . وعلى الرغم من أن الدراسات الأوليه مشجعة ، إلا أن الأمر يتطلب فحوصا أخرى قبل التقييم الصحيح لقيمه هذا النوع من العائد البيولوجى . ويتعين استخلاص أن جودة الفحوص الخاصة بكفاءة التدريب على الاسترخاء ، والأشكال الأخرى من العائد البيولوجى المستخدمة فى علاج الألم المزمن تعد ضعيفة بالأحرى . وكانت المعايير أعلى بالنسبة للصداع وهنا توحى الدلائل أن التدريب على الاسترخاء قد يكون فعالا بنفس قدر أساليب العائد البيولوجى الأكثر تعقيدا والأكثر تكلفة . ويتدعم هذا الاستخلاص أيضًا من خلال مراجعة التحليل البعدى لنتائج الدراسات الذى قام به بلانشارد وزملاؤه (1980) . Blanchard et al . للمراجعة أنظر أيضًا أندراسيك وبلانشارد (1983) Andrasik and Blanchard . ويظل السؤال حول كيفيه إحداث هذه الأساليب لتأثيراتها غير واضح ، ولم تتضمن أغلب الدراسات استخدام مجموعات ضابطة يحصل أفرادها على عقار زائف والذى تبين أن جدارته تكافئ حالات العلاج الحقيقى . وفى غياب مثل هذا الضبط لايمكننا أن نستخلص أن الاسترخاء والعائد البيولوجى أظهرا أن لهما تأثيرا محددا . والحاجة واضحة على وجه الخصوص لإجراء تقييم حذر للعوامل غير المحددة عندما يتعلق الأمر بالعائد البيولوجى . والمصداقية الاصيلة لهذه الإجراءات العلمية المزعومة مع أجهزتها المكلفة والمثيرة للإعجاب أدت بكل من ستروبيل وجوليك (1973) Stroebel and Glueck إلى وصفها بالعقار « الزائف المطلق » (٢).

(1) Cranial pulse amplitude .
(2) Ultimate placebo .

قضايا عامة حول تطبيق أساليب العلاج النفسى على مرضى الألم المزمن :

مصداقية العلاج

على العكس من مرضى القلق أو الاكتئاب لايقوم مرضى الألم المزمن فى المعتاد بصياغة صعوباتهم بتعبيرات نفسية . ويعتقد أغلب مرضى الألم المزمن ، مع إمكان استثناء مرضى الصداع ، أن هناك سبباً عضوياً لما يعانون من تكدر . وبالتالى قد لايرغبون فى قبول منحى نفسى للعلاج ، كما أنهم قد يفسرون تحويلهم إلى أخصائى نفسى باعتباره علامة على أن الأطباء لم يأخذوا آلامهم بطريقة جادة ، أو على أنهم يعتقدون أن آلامهم متخيلة . وقد تبين فى الكثير من مجالات بحوث العلاج النفسى أن مصداقية منطق العلاج النفسى ، وملاءمة توقعات المريض قد تكون محددات هامة لفعالية أساليب معينة (Frank et al ., 1978 ; Shapiro , 1981) ويحتمل أن يكون لهذه العوامل دلالة خاصة فى علاج مرضى الألم المزمن . ويوجد فى الموقف الإكلينيكى عدد من المتغيرات . والتى على الرغم من عدم اختبارها تجريبيا حتى الآن - تؤثر فى المصداقية الأولية للأساليب العلاجية المعينة للاستخدام مع هذه المجموعة المرضية . وستناقش هذه المتغيرات باختصار .

أسلوب الإحالة :

يبدو أن أكثر البدايات غير المشجعة هى تلك التى تحدث ، عندما يحال المريض إلى أخصائى نفسى يعمل فى إطار وحدة سيكايترية ، وحيث يكون هناك قدر قليل من المشاركة ممكنا مع المصدر الطبى صاحب الإحالة ، وحيث لايحصل المريض على مواعيد تالية للمتابعة من الفريق الطبى . وقد يؤدى ذلك إلى إستمرار فكرة أن هناك نوعين من الألم ، ألم حقيقى وآخر متخيل ، وأنه يُعتقد أن المريض يعانى من أشكال من الألم المتخيل .

وقد تكون الترتيبات الأفضل هى أن يعمل الأخصائى النفسى إلى جانب الفريق الطبى ، مشاركا فى التقييم الطبى الأولى للمريض سواء باعتباره مراقبا أو ربما مشاركا فى تقييم الألم ذاته ، وهو ماقد يؤدى إلى قبول المريض للأخصائى النفسى بقدر أكبر باعتبار ذلك جزء من برنامج فحص وعلاج الألم . وبالتالى لن ينظر إلى العلاج النفسى باعتباره الملاذ الأخير لأكثر المرضى الميئوس منهم فقط . وقد يدعم ذلك أيضاً من فكرة أن المتغيرات النفسية تلعب دورا هاما فى كل خبرات الألم . وأخيرا فعلى الأخصائيين النفسيين الذين يتلقون إحالات لمرضى ألم مزمن من الفريق الطبى محاولة رؤية المريض فى عيادة الألم أو فى العيادة الطبية الخارجية . وأن يتشاوروا بصورة وثيقة مع بقية الفريق الآخرين مثل الأطباء وأخصائيي العلاج الطبيعى وأخصائيى العلاج بالعمل . ويعترف الآن بالأخصائيين النفسيين فى عيادات الألم الأمريكية ، ويعدون جزءاً من فريق العلاج . وبدأت العيادات فى توظيف الأخصائين النفسيين فى بريطانيا .

تفسير الألم ومنطق العلاج :

يرى ليفنتال وزملاؤه (Leventhal et al . (1980 أنه من الأساسى للمرضى أن يحاولوا فهم أى علاج وتنظيمه حتى يمكن زيادة إذعانهم له بأكبر قدر . وهم يرون أنه من غير الصواب النظر إلى المرضى على أنهم أشياء سلبية تحتاج إلى دفعها للتصرف بوسائل مثل التعليم والإرشادات الدافعية ، ويرون أن المرضى عملاء إيجابيين يستوعبون المعلومات ويفسرونها . وتبدو فكرة أن المريض مجرد شئ ما - من منظورهم - بمثابة إرث من النماذج الطبية والسلوكية التى تعتبر المرضى مجرد اهداف نمطيه سلبية ، والمعالجين خبراء إيجابيين ، وهم يرون من حيث « المفهوم الشائع لنظرية المرض » أن هناك ثلاثة

مصادر أساسية محتملة للمعلومات تشكل وتبدل من نظرية المرضى عن المرض هى الآتى : ١) المعاناه الجسديه . ٢) المعلومات الواردة من البيئة الاجتماعية الخارجية مثال ذلك من مقدمى الرعاية الصحية ، والأسرة ووسائل الإعلام . ٣) المعلومات القائمة على الخبرات السابقة حول الألم .

وتعرض دراسه لجونسون وليفنتال Johnson and Leventhal (1974) هذه النظرية . وهما يريان أنه إذا تدخل الخوف مع أساليب التغلب ، فإن خفض الخوف يمكن أن ييسر من قدرة المرضى على التغلب على الظروف الموقفية الموضوعية . وفى دراسة عن المرضى الذين كانوا فى سبيلهم لفحص بالمنظار، قدمت المعلومات للمرضى لإعدادهم للخبرات الحسية المترتبة على هذا الفحص مثل الخدر فى الحنجرة الذى يسببه التخدير ، والاحساس بالقئ الذى تسببه ألياف أنبوبه العدسة ، وامتلاء المعدة عندما تنفخ بالهواء ، وبإعداد المرضى لملاحظة وتشكيل هذه الخبرات الحسية ، يرون أن هذه الإحساسات تتحول إلى مؤشرات للتغلب بدلا من تحولها إلى مؤشرات للتهديد . وقد أوضحت النتائج أن عددا من المرضى أظهر قدرا أقل من تسارع نبض القلب ، وإحساس أقل بالقئ ، وممارسة للتحكم فى معدلات ابتلاع الياف أنبوبه العدسة .

وفى ضوء إمكانية التباين بين وجهات نظر المرضى حول حالتهم المؤلة ، وحول فهم الأخصائيين النفسيين لألمهم ، سيكون من المهم فى المراحل الأولية للصلة بينهم تقديم إطار للمرضى لكيف تتفاعل العوامل النفسية والفيزيقية لتؤثر فى شدة المهم وفى الكدر الذى يوله الألم ، فإذا تبين أن المريض يقترب من فهم نموذج الألم وكيف يمكن أن يحدث عدم تزامن بين أبعاده المختلفة ، فيحتمل عندئذ أن تتزايد مصداقيه العلاج النفسى .

خلاصة عامة :

هناك دلائل متزايدة توحى أن الأخصائيين النفسيين يمكنهم أن يقدموا إسهاماً فى علاج حالات الألم المزمن باستخدام الأساليب ، التى تتجه إلى المكونات السلوكية والمعرفية والفسيولوجية للألم . والمستوى العام للبحوث حول هذه الأساليب ضعيف على الرغم من ذلك . ويمكن الخروج بالقليل من الاستخلاصات حول دور متغيرات إجرائية معينة . ويبدو من المهم فى ضوء الطبيعة متعددة الأبعاد للألم أن يكون المنحى الذى يجب تبنيه مفصلا على نمط استجابات الألم التى يشكو منها المريض . وقد تطورت أساليب تدبر الألم مبتعدة عن المناحى العلاجية أحادية البعد ، التى تعتمد على التدبر التوافقى بمفرده متجهة نحو التدخلات العلاجية المعرفية السلوكية الأكثر شمولا . ويشير هولزمان وزملاؤه Holzman et al . (1986) إلى أن الهدف العام لأغلب البرامج – المعرفية – السلوكيه هو أن تطور – من منظور المريض – إعادة صياغة لألمه . وقد يكون من الممكن من خلال التوسع فى البحوث الخاصة بعوامل عمليات الألم أن تؤدى التغيرات فى المعتقدات للظهور باعتبارها أكثر النتائج التنبؤية أهمية . ويرى كانفر وكارولى Kanfer and Caroly (1982) أنه يتعين لأعمال التدبر الذاتى أن يحدث تحول لدى المريض من حالة النظر المستقر والاعتياد والاستجابات الآلية وغير الفعالة فى الوقت نفسه إلى الحل النظامى للمشكلات والتحكم على المدى البعيد فى الآثار والمقاومة السلوكية . وتستخدم الأساليب المختلفة لتعليم المريض التعرف على العلاقات بين الأفكار والمشاعر والسلوك والمنبهات البيئية للألم وطرق تبديلها . وتتدعم المكاسب العلاجيه عندما ينخرط المريض فى ذلك بصورة نشطة ويتقبل مسئولية التغيير .

References

Achterberg, J. (1984) 'Imagery and medicine: pschophysiological speculations', *Journal of Mental Imagery* 8: 1–14.

Andrasik, F. and Blanchard, E. B. (1983) 'Application of biofeedback to therapy', in C. E. Waken (ed.) *Handbook of Clinical Psychology: Therapy Research and Practice*: Homewood, Ill.: Dorsey (1123–64).

Andreychuk, T. and Skriver, C. (1977) 'Hypnosis and biofeedback in the treatment of migraine headache', *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 23: 172–83.

Blanchard, E. B., Andrasik, F., Ahles, T. A., Teders, S. J. and O'Keefe, D. (1980) 'Migraine and tension headache: a meta-analytic review', *Behavior Therapy* 11: 613–31.

Blanchard, E. B., Theobald, D., Williamson, D., Silver, B. and Brown, D. (1978) 'Temperature biofeedback in the treatment of migraine headaches', *Archives of General Psychiatry* 35: 581–8.

Broadbent, D. E. (1958) *Perception and Communication*, London: Pergamon Press.

Chapman, S. L. (1986) 'A review and clinical perspective on the use of EMG and thermal biofeedback for chronic heachaches', *Pain* 27: 1–43.

Chesney, M. A. and Shelton, J. L. (1976) 'A comparison of muscle relaxation and electromyogram biofeedback treatments for muscle contraction headache', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 7: 115–21.

Chesney, M. and Tasto, D. (1975) 'The effectiveness of behaviour modification with spasmodic and congestive dysmenorrhoea', *Behaviour Research and Therapy* 13: 245–54.

Corey, D. T., Etlin, D. and Miller, P. C. (1987) 'A home-based pain management and rehabilitation programme: an evaluation', *Pain* 29(2): 219–30.

Cott, A., Anchel, H., Goldberg, W. M., Fabich, M. and Parkinson, W. (1990) 'Non-institutional treatment of chronic pain by field management: an outcome study with comparison group', *Pain* 40: 183–94.

Cox, D. J., Freundlich, A. and Meyer, R. G. (1975) 'Differential effectiveness of electromyographic feedback, verbal relaxation instructions and medication placebo with tension headaches', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 43: 892–8.

Deardoff, W. W., Rubin, H. S. and Scott, D. W. (1991) 'Comprehensive multidisciplinary treatment of chronic pain: a follow-up study of treated and non-treated groups', *Pain* 45: 35–43.

Fernandez, E. and Turk, D. C. (1989) 'The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: a meta-analysis', *Pain* 38(2): 123–36.

Fichtler, H. and Zimmerman, R. R. (1973) 'Changes in reported pain from tension headaches', *Perceptual and Motor Skills* 36: 712.

Fordyce, W. E. (1976) *Behavioural Methods for Chronic Pain and Illness*, St. Louis: C.V. Mosby.

Fordyce, W. E., Fowler, R. and Lehmann, J. (1968) 'Some implications of learning in problems of chronic pain', *Journal of Chronic Disorders* 21: 179–90.

Fordyce, W. E., Fowler, R. S., Lehmann, J. F., Delateur, B. J., Sand, P. L. and Treischmann, R. B. (1973) 'Operant conditioning in the treatment of chronic pain', *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 54: 399–408.

Frank, J., Huehn-Saric, R., Imber, S. and Liberman, B. (1978) *Effective Ingredients of Successful Psychotherapy*, New York: Brunner/Mazel.

Gessel, A. H. and Alderman, M. (1971) 'Management of myofascial pain dysfunction syndrome of the temperomandibula joint by tension control training', *Pychosomatics* 12: 302–9.

Guck, T. P., Skultety, F. M., Meilman, P. W. and Dowdy, E. T. (1985) 'Multidisciplinary follow-up study: evaluation with a no-treatment control group', *Pain* 21: 295–306.

Haynes, S. and Griffin, P. (1975) 'Electromyographic biofeedback and relaxation instructions in the treatment of muscle contraction headaches', *Behavior Therapy* 6: 672–8.

Holroyd, K. A. and Andrasik, F. (1978) 'Coping and the self-control of chronic tension headache', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46: 1036–45.

Holroyd, K. A., Andrasik, F. and Westbrook, T. (1977) 'Cognitive control of tension headache', *Cognitive Therapy and Research* 1: 121–33.

Holzman, A. D., Turk, D. C. and Kerns, R. D. (1986) 'The cognitive-behavioural approach to the management of chronic pain', in A. D. Holzman and D. C. Turk (eds) *Pain Management: A Handbook of Psychological Approaches*, New York: Pergamon.

Hutchings, D. F. and Reinking, R. H. (1976) 'Tension headaches: what form of therapy is most effective?' *Biofeedback and Self-Regulation* 1: 190–93.

Jenson, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M. and Karoly, P. (1991) 'Coping with chronic pain: a review of the literature', *Pain* 47(3): 249–83.

Johnson, J. E. and Leventhal, H. (1974) 'Effects of accurate expectations and behavioural instructions on reactions during a noxious medical examination', *Journal of Personality and Social Psychology* 29: 710–18.

Kanfer, F. H. and Karoly, P. (1982) 'The psychology of self-management: abiding issues and tentative directions', in P. Karoly and F. H. Kanfer (eds) *Self-management and behaviour change*, Elmsford, New York: Pergamon.

Keefe, F. J. and Gil, K. M. (1985) 'Recent advances in the behavioural assessment and treatment of chronic pain', *Annals of Behavioural Medicine* 7: 11–16.

Kerns, R. D. and Turk, D. C. (1983) 'Psychological treatment for chronic pain: a selective review', *Clinical Psychology Review* 3: 15–26.

Latimer, P. R. (1982) 'External contingency management for chronic pain: a critical review of the evidence', *American Journal of Psychiatry* 139(10) 1308–12.

Lazarus, R. A. and Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal, and Coping*, New York: Springer.

Leventhal, H., Meyer, D. and Nerenz, D. (1980) 'The common-sense representation of illness danger', in S. Rachman (ed.) *Contributions to Medical Psychology, Vol. 2*, Oxford: Pergamon.

Linton, S. J. (1982) 'A critical review of behavioural treatments for chronic benign pain other than headache', *British Journal of Clinical Psychology* 21: 321–37.

McArthur, D. L., Cohen, M. J., Gottlieb, H. J., Naliboff, B. D. and Schandler, S. L. (1987) 'Treating chronic low back pain. I Admission to initial follow-up. II Long-term follow-up', *Pain* 29: 1–22; 23–38.

Melzack, R. and Perry, C. (1975) 'Self-regulation of pain. The use of alpha-feedback and hypnotic training for the control of chronic pain', *Experimental Neurology* 46: 452–69.

Melzack, R. and Wall, P. D. (1982) *The Challenge of Pain*, New York: Basic Books.

Mitchell, K. R. and White, R. G. (1977) 'Behavioural self-management: an application to the problem of migraine headaches', *Behavior Therapy* 8: 213–22.

Mullinix, J. M., Norton, B. J., Hack, S. and Fishman, M. A. (1978) 'Skin temperature biofeedback and migraine', *Headache* 17: 242–4.

Pearce, S. (1983) 'A review of cognitive-behavioural methods for the treatment of chronic pain', *Journal of Psychosomatic Research* 27: 431–40.

Roberts, A. H. and Reinhardt, L. (1980) 'The behavioural management of chronic pain: long-term follow-up with comparison groups', *Pain* 8: 151–62.
Rosenstiel, A. K. and Keefe, F. J. (1983) 'The use of coping strategies in chronic low-back pain patients: relationship to patients' characteristics and current adjustment', *Pain* 17: 38–44.
Rybstein-Blinchik, E. (1979) 'Effects of different cognitive strategies on chronic pain experience', *Journal of Behavioural Medicine* 2: 93–101.
Sanders, S. H. (1983) 'Component analysis of a behavioural treatment programme for chronic low-back pain', *Behavioural Therapy* 14: 697–705.

Seres, J. L. and Newman, R. (1976) 'Results of treatment of chronic low back pain at the Portland Pain Centre', *Journal of Neurosurgery* 45: 32–6.
Shapiro, D. (1981) 'Comparative credibility of treatment rationales. Three tests of expectancy theory', *British Journal of Clinical Psychology* 20: 111–22.
Shiffrin, R. M. and Schneider, W. (1977) 'Controlled and automatic human information processing. II Perceptual learning, automatic attending, and a general theory', *Psychological Review* 84: 127–90.

Skinner, J. B., Erskine, A., Pearce, S., Rubenstein, M., Taylor, M. and Fosters, C. (1990) 'Evaluation of a cognitive behavioural treatment programme in out-patients with chronic pain', *Journal of Psychosomatic Research* 14: 13–19.
Sternbach, R. A. (1986) 'Pain and daily "Hassles" in the USA: findings of the Nuprin Pain Report, *Pain* 27: 69–80.
Stroebel, C. F. and Glueck, B. C. (1973) 'Biofeedback treatment in medicine and psychiatry: an ultimate placebo?' *Seminars in Psychiatry* 5(4): 379–93.

Tasto, D. L. and Chesney, M. A. (1974) 'Muscle relaxation therapy for primary dysmenorrhoea', *Behavioural Research and Therapy* 5: 668–672.
Tasto, D. L. and Hinkle, J. E. (1973) 'Muscle relaxation treatment for tension headaches', *Behaviour Research and Therapy* 11: 347–9.
Thompson, S. C. (1981) 'Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question', *Psychological Bulletin* 90: 89–101.
Triesman, A. M. (1964) 'Monitoring and storage of irrelevant messages in selective attention', *Journal of Verbal Learning and Behaviour* 3: 449–59.
Turin, A. and Johnson, W. G. (1976) 'Biofeedback therapy for migraine headaches', *Archives of General Psychiatry* 33: 517–19.
Turner, J. A. (1982) 'Comparison of group progressive-relaxation training and cognitive-behavioural group therapy for chronic low back pain', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50: 757–65.

Turner, J. A. and Chapman, C. R. (1982a) 'Psychological intervention for chronic pain: a critical review. 1. Relaxation and training and biofeedback', *Pain* 12: 1–21.
Turner, J. A. and Chapman, C. R. (1982b) 'Psychological interventions for chronic pain: a critical review. 11. Operant conditioning, hypnosis and cognitive-behavioural therapy', *Pain* 12: 23–46.

Turner, J. A. and Clancy, S. (1986) 'Strategies for coping with chronic low-back pain: relationship to pain and disability', *Pain* 24: 355–64.
Turner, J. A., Clancy, S. and Vitaliano, P. P. (1987) 'Relationships of stress, appraisal and coping to chronic low-back pain, *Behavaviour Research and Therapy* 25: 281–8.
Wack, J. T. and Turk, D. C. (1984) 'Latent structure in strategies for coping with pain, *Health Psychology* 3: 27–43.

Warner, G. and Lance, J. (1975) 'Relaxation therapy in migraine and chronic tension headache', *Medical Journal of Australia* 1: 298–301.
Woodforde, J. M. and Merskey, H. (1972) 'Personality traits of patients with chronic pain', *Journal of Psychosomatic Research* 16: 167–72.